Financement et organisation des services de santé et des services sociaux

ORGANISATION DES SERVICES:
état de situation
et perspectives

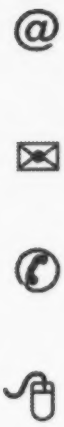
Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

103-02830/

ORGANISATION DES SERVICES:

état de situation

et perspectives



juin 2000

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36213-6

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Nous avons souvent une vision anecdotique ou partielle des services de santé et des services sociaux. Il faut rappeler que ces services forment un univers vaste et diversifié.

Chaque jour, le système public offre des services à des milliers de gens et fournit de l'aide et des soins professionnels à des personnes souffrant de problèmes très variés. Ces personnes reçoivent soit des services en établissement, en cabinet, à leur domicile, dans un appartement adapté ou dans leur milieu de vie, soit des services ambulatoires. Elles bénéficient de services de santé, de services de réadaptation, de services sociaux, de services d'intégration sociale, de soins et d'aide à domicile.

À titre indicatif, voici des données récentes sur les services offerts par les professionnels et le personnel de la santé et des services sociaux, et leurs partenaires, au cours d'une année donnée.[1]

- *Près de 6 millions de personnes ont reçu des services médicaux ; la moyenne des actes médicaux par personne s'élevait à 9,8.*
- *Plus de 675 000 hospitalisations de courte durée et 280 000 chirurgies d'un jour ont été réalisées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.*
- *Les problèmes de santé mentale comptent pour 12 % des hospitalisations (une sur huit).*
- *25 000 signalements ont été retenus en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse ; des programmes de prévention ont permis de rejoindre des milliers de jeunes de tous les âges.*
- *Environ 25 000 personnes alcooliques ou toxicomanes ont reçu des services de réadaptation.*
- *Près de 12 000 familles dont un enfant est handicapé ont reçu des services de répit, de gardiennage et de dépannage.*
- *Environ 23 000 personnes ayant une déficience ont reçu des soins dans les centres de réadaptation. Plus de 90 % de ces personnes vivent dans leur milieu.*
- *Plus de 170 000 personnes âgées ont reçu des services à domicile des CLSC ; environ 36 000 personnes âgées ayant des incapacités modérées ou graves étaient hébergées dans les CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée).*

La prestation d'une telle variété de services exige une organisation complexe. Cette organisation a connu une importante transformation au cours des dix dernières années. Pourtant, malgré les changements effectués, le système de santé et de services sociaux connaît encore aujourd'hui des difficultés : crises sporadiques dans les urgences, listes d'attente pour certaines chirurgies, déficits budgétaires de certains établissements. Au

[1] Données pour les années 1998 ou 1999, ou encore pour les exercices financiers 1997-1998 ou 1998-1999, selon les compilations statistiques disponibles.

quotidien, la discontinuité et le cloisonnement des services semblent encore marquer plusieurs interventions. Ce problème lancinant, qui est soulevé depuis au moins vingt ans dans le système public québécois, ne cesse, semble-t-il, de s'accentuer parce que les interventions font toujours davantage appel à une diversité de professionnels, qui relèvent le plus souvent d'organisations différentes. Bref, le système québécois paraît parfois essoufflé, et ce, bien que l'État y ait injecté plus de 4 milliards de dollars supplémentaires au cours des deux dernières années.

1. SE DONNER UNE VISION

Que faudrait-il donc changer pour améliorer l'organisation des services ? Quel genre de système de services voulons-nous ? Le système idéal n'existe pas, aucune société ne l'a trouvé. Mais trente ou quarante ans d'expérience dans les systèmes publics en Occident fournissent des repères sûrs. Un système de santé et de services sociaux efficace possède les caractéristiques suivantes :

- ***des services de base complets, organisés par territoire naturel (quartier et territoire de MRC), faciles d'accès. Par services de base, nous entendons principalement : des services médicaux généraux, des soins infirmiers, des services psychosociaux, des services de réadaptation courants, des soins et des services d'aide à domicile, des services d'hébergement et de soins de longue durée, Info-Santé, les activités de promotion et de prévention ;***

- ***en support aux services de base, des services spécialisés à la fine pointe du développement ;***

- ***des services et des professionnels organisés en un réseau au sein duquel la patiente ou le patient est assuré de recevoir le bon service, au bon moment, de la bonne personne ;.***

- ***une organisation performante, qui permet d'offrir le maximum de services à la population, de la meilleure qualité possible, en fonction de l'argent investi par la collectivité ;.***

C'est ce genre de système de services, le plus près possible des besoins de la population, que le Québec doit édifier pour relever les défis du 21^{e} siècle. Pour y arriver, des barrières doivent être levées qui freinent aujourd'hui son adaptation, son évolution. Il faut ensuite se donner les leviers nécessaires pour avancer.

2. DÉTERMINER QUELS SONT LES OBSTACLES À L'ADAPTATION

Pour bien cerner les blocages actuels, il faut retourner aux caractéristiques structurelles de base du système de santé et de services sociaux. Au début des années 1970, le système public a été édifié sur deux lois constitutives, la ***Loi sur l'assurance maladie*** et la ***Loi sur les services de santé et les services sociaux***. Ces lois structuraient l'organisation des deux grands piliers de notre système de services : la pratique professionnelle individuelle, d'une part, l'établissement, d'autre part. **Dès lors, notre mode d'allocation budgétaire, notre organisation du travail, notre administration,** bref, tous les éléments qui façonnent l'édifice de l'organisation des services, **ont été structurés autour de ces deux éléments**.

Ces deux piliers correspondaient, en fait, au mode de prestation de services de l'époque. En effet, lorsqu'une personne devait être traitée, elle se rendait dans un établissement où elle était généralement prise en charge pour toute la durée de l'intervention, parfois même pour être hébergée en permanence. Lorsqu'elle devait consulter, elle allait soit dans un établissement, soit dans un cabinet. La plupart du temps, l'intervention était le fait d'un seul professionnel.

Mais les choses ont changé depuis. Certes, les points d'accès aux services ont été peu modifiés : nous nous rendons toujours chez un professionnel ou dans un établissement. Toutefois, l'évolution des valeurs, des connaissances et des pratiques a fait éclater graduellement les frontières de l'établissement. **Maintenant, la majorité des interventions qui suivent la première consultation se déroulent soit dans le milieu de vie, soit dans plus d'un établissement et avec le concours d'autres partenaires.** C'est le cas en santé mentale, pour les services offerts aux jeunes en difficulté, pour les services destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées, et même, depuis quelques années, pour les services de santé de courte durée, où l'hôpital et le CLSC sont maintenant appelés très souvent à coordonner leurs efforts.

De la même manière, les problèmes actuels des personnes qui recourent à divers services font très souvent appel à plusieurs professionnels, qui appartiennent souvent à des organisations différentes.

Pendant ce temps, les éléments structurants de l'édifice de l'organisation des services – l'allocation budgétaire, l'organisation du travail, les modes de rémunération, etc. – établis au départ autour de l'établissement et de la pratique professionnelle individuelle, **ont été peu modifiés**. Les programmes de réforme, les orientations, toutes les décisions prises au fil des ans n'ont pas fondamentalement changé la donne. Les problèmes qui en résultent sont de deux ordres : la grande difficulté du système à se doter de services de base complets et efficaces ; la difficulté d'assurer la coordination et l'intégration des services.

Le sous-développement des services de base

Il est généralement reconnu que 80 % des problèmes de santé et des problèmes sociaux peuvent être réglés par des services de base efficaces, ce qu'on appelle les services de première ligne. La répartition des ressources entre les services de base et les établissements spécialisés constitue donc un important facteur d'efficience pour tout système de services.

Pourtant, au Québec, les services de base souffrent encore de problèmes de développement et d'organisation. La gamme de services varie d'un territoire à l'autre ; les points d'accès aux services et les horaires de divers établissements ou services ne sont pas toujours bien connus de la population. **Pourquoi donc n'a-t-on pas réussi à se donner un réseau de services de base plus efficace ?** Trois raisons l'expliquent.

Premièrement, bien que les services de base aient déjà été largement reconnus comme prioritaires par les planificateurs des années 60, **l'implantation des CLSC** au début des années 70 – qui devaient constituer la « porte d'entrée » des services – **a souffert d'un certain retard**, pour diverses raisons : sous-financement, résistance des nouveaux établissements à se donner un cadre commun d'organisation des services, résistance des autres établissements et résistance des médecins.

Deuxièmement, l'adoption de l'assurance hospitalisation, en 1961, soit près de dix ans avant la mise en place d'un système public complet de services de santé et de services sociaux, **allait renforcer le rôle de l'hôpital comme « porte d'entrée » des services** : pendant une décennie, les Québécois et les Québécoises ont été amenés à consulter directement les services hospitaliers, parce que les services de santé offerts à l'hôpital, et seulement à l'hôpital, étaient gratuits.

Troisièmement, la conjugaison de ces deux facteurs a déterminé la tendance qui allait marquer l'évolution du système public pour des années à venir et qui consistait à mettre l'accent sur les services spécialisés.

La nécessité de se doter d'un réseau de services de base efficace n'a toutefois jamais été remise en question. D'ailleurs, lors de la création des CLSC, les médecins ont voulu de leur côté créer leur propre réseau de « première ligne », en implantant très rapidement quelques centaines de cliniques médicales sur tout le territoire.

Trente ans plus tard, il faut constater que ni les CLSC ni les médecins ne sont en mesure, chacun de leur côté, d'offrir l'accès à des services de base complets et efficaces. Les

deux « réseaux » se sont, pour beaucoup, développés en parallèle, avec leurs forces et leurs faiblesses.

Ce développement parallèle des cabinets de médecins et des CLSC a fait en sorte qu'on se retrouve aujourd'hui avec une gamme de services différents et dont l'accessibilité est variable d'un territoire à l'autre. Le sous-développement des services de base touche non seulement les services médicaux, mais également les services en santé mentale et les services sociaux. En fait, le modèle de développement institutionnel, qui a marqué *de facto* dès le départ l'évolution du système de services québécois, a laissé des empreintes profondes.

Aujourd'hui, le sous-développement des services de base se traduit par une pression accrue sur les services spécialisés, qui exigent toujours plus de ressources pour répondre à la demande. **Ainsi, l'État se retrouve constamment dans l'impasse suivante, jamais résolue : il doit allouer davantage de ressources aux établissements spécialisés, qui doivent pour leur part répondre à une demande en constante augmentation, ce qui lui laisse une marge de manœuvre très réduite pour développer les services de base.**

Le mode d'organisation qui en découle coûte cher.

Le morcellement des interventions

De façon générale, les champs d'expertise professionnels se sont développés par une segmentation toujours plus grande de la réalité, cela afin de mieux comprendre et faire avancer les connaissances. Ce fractionnement a souvent été transposé dans la pratique et dans l'organisation du travail. Parfois même, il a été retenu comme base pour la rémunération des professionnels ; la rémunération à l'acte en est le meilleur exemple.

Pendant ce temps, les problématiques et les interventions évoluaient exactement dans le sens contraire. Aujourd'hui, plusieurs professionnels sont souvent appelés à intervenir auprès d'une même personne, dans différents milieux, sans que la coordination des services ne soit assurée. Les mesures susceptibles d'encourager le travail interprofessionnel sont, à toutes fins utiles, inexistantes. Le cadre de pratique, fixé au départ, continue de marquer l'évolution des professions et des relations interprofessionnelles.

Ainsi, la pratique des médecins généralistes ne s'est pas toujours bien adaptée au changement. Il est parfois difficile, dans certains territoires, de mobiliser les médecins pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. En santé mentale, des problèmes d'accès aux services perdurent. Le principal mode de rémunération toujours en vigueur – le paiement à l'acte – ne favorise pas la continuité des services,

l'approche globale de la personne ni le travail en équipe. Plusieurs ajustements ont été apportés au cours des ans, mais le problème de fond demeure.

Du côté des services sociaux, l'intervention se déroule de plus en plus souvent dans le milieu de vie des personnes. Elle exige que les professionnels concernés coordonnent leurs efforts. L'appartenance à des organisations différentes, parfois concurrentes, ne favorise pas cette collaboration, et la coordination des actions reste difficile.

Des efforts ont été faits au fil des ans pour mieux intégrer les services professionnels. Ces efforts ont pris trois formes. D'abord, on a misé sur les **mécanismes de concertation, de partenariat** : tables multisectorielles, équipes multidisciplinaires, groupes de coordination, etc. Puis, on a voulu structurer davantage la concertation, au moyen de divers **plans** : plans régionaux d'organisation des services, plans d'intervention, plans de services individualisés, etc. La troisième vague, plus récente, a emprunté la voie des **fusions d'établissements** : CLSC-CHSLD, CH-CLSC, etc.

En fait, tous les efforts du passé se sont butés au même écueil : l'absence de responsabilité envers la personne tout au long de l'intervention. Ainsi, chaque professionnel et chaque établissement est responsable d'un segment, d'un épisode, d'une partie de l'intervention. La personne doit souvent se débrouiller seule pour trouver les passerelles, établir les relais nécessaires. Le problème est décuplé pour les personnes plus vulnérables.

3. CORRIGER LA TRAJECTOIRE DE FOND

Pour un véritable réseau de services de base : réunifier les forces

Nous avons actuellement au Québec deux « réseaux » de services de base - les CLSC et les cliniques médicales - qui, chacun de leur côté, ne peuvent offrir une réponse optimale aux besoins de la population. **La solution pourrait-elle venir d'une collaboration très étroite entre les acteurs concernés, de la mise en commun des forces ? Cette mise en commun devrait-elle emprunter la voie professionnelle, l'organisation des services à la population, plutôt que la voie des structures ?** Toutes les avenues méritent d'être explorées.

Pour l'heure, les objets de cette collaboration sont relativement clairs. Dans une organisation unifiée des services de base, les intervenants seraient véritablement organisés en réseau ; la circulation de l'information serait fluide entre les professionnels, les relais s'établiraient naturellement ; une équipe multidisciplinaire serait disponible lorsque l'intervention l'exigerait ; les professionnels des services de base auraient un

accès direct aux services spécialisés, lorsque la situation le commanderait. Surtout, ils assumeraient ensemble une responsabilité envers la population de leur territoire, responsabilité qui permettrait également de mettre au point des actions de prévention plus soutenues.

Pour mieux coordonner les services offerts à la personne : une responsabilité claire ; des moyens pour l'exercer

Si les besoins de coordination sont importants dans les soins et les services de courte durée, ils sont cruciaux dans les services de longue durée, où les interventions sont nombreuses. Pour assurer cette coordination, **faut-il prévoir de véritables « filières de services »**, établies en fonction de certains groupes (personnes âgées en perte d'autonomie, jeunes en difficulté, personnes handicapées, etc.) ou en fonction des problèmes (cancer, maladies cardiovasculaires, etc.) au sein desquelles l'usagère et l'usager pourront plus facilement circuler ? **Quels mécanismes prévoir pour organiser les relations interprofessionnelles et inter-établissements dans ces filières ?**

Quelle que soit la réponse que l'on apportera à cette question, l'expérience nous indique que deux conditions de base doivent être remplies. D'abord, un professionnel (le médecin, l'infirmière, le travailleur social, selon le cas), doit recevoir la responsabilité de coordonner l'intervention, c'est-à-dire l'ensemble des épisodes de l'intervention destinée à une personne. Cette responsabilité clinique doit être accompagnée des leviers nécessaires pour agir : une marge de manœuvre quant au choix des interventions, l'appartenance à une organisation responsable, administrativement et financièrement, de l'ensemble des services à une population donnée. Deuxièmement, cette responsabilité doit être assumée par un professionnel des services de base, dont le mandat est de répondre aux besoins de la personne.

Pour améliorer la performance de l'organisation des services : recentrer les établissements spécialisés autour de leur fonction première, le traitement, l'intervention spécialisée

Le Québec doit-il entreprendre de rééquilibrer graduellement la proportion des dépenses dans le secteur de la santé et des services sociaux qu'il consacre aux services de base et aux services spécialisés ? Actuellement, l'État québécois canalise encore plus d'argent dans les services en établissement que ses voisins.

- En 1999, les dépenses du Québec pour la catégorie « hôpitaux et autres établissements » comptaient pour 42,6 % des dépenses totales dans le secteur de la

santé, comparativement à 39,2 % en Ontario. Cet écart représente, toutes proportions gardées, un investissement supérieur de 614 millions pour le Québec[2].

Pour y arriver, les établissements spécialisés devraient se recentrer graduellement autour de leur fonction première : le traitement spécialisé, l'intervention spécialisée. De fait, **peut-on encore aujourd'hui demander à l'hôpital de fournir des services de base, des consultations, des services à domicile, ou tout autre service que les autres composantes du réseau public n'ont pas développé, alors qu'il est appelé à développer toujours davantage son plateau technique ?**

Les comparaisons indiquent que des améliorations sont encore possibles à l'hôpital, avec une meilleure organisation des services. Ainsi, de 1994 à 1998, la réduction des durées de séjour a été obtenue essentiellement en comprimant la phase préopératoire. Après l'opération, aucun gain ou presque (moins de 1 %) n'avait été enregistré. De façon générale, les durées de séjour demeurent plus longues au Québec qu'en Ontario et dans les autres provinces canadiennes. Ainsi, la durée moyenne du séjour hospitalier (standardisé) s'élevait à 5,73 jours au Québec en 1997, par rapport à 4,54 en Ontario (dernière statistique disponible).

Ce fait indique que la performance de l'hôpital ne dépend pas que de l'hôpital. Elle repose de plus en plus sur la présence de services au pourtour de l'établissement, en relation directe avec lui, grâce à des moyens de coordination efficaces : **en amont, des services de base complets et efficaces ; en aval, des soins et des services d'aide à domicile bien organisés**. La même remarque vaut pour les autres établissements spécialisés, ces établissements étant appelés à soutenir les professionnels des services de base.

4. ADAPTER NOS LEVIERS D'ACTION

Allouer les budgets sur de nouvelles bases : la personne, la clientèle, la population

La façon d'allouer les budgets – le cadre d'allocation budgétaire – est probablement l'élément le plus déterminant, la pièce maîtresse de l'organisation des services. Pour cette raison sans doute, c'est aussi l'élément le plus difficile à modifier. Mais il faut se rendre à l'évidence, **notre mode d'allocation budgétaire se révèle de plus en plus inapproprié**.

D'abord, il maintient d'innombrables divisions, qui sont autant de « couloirs », de « silos » entre les établissements, qui doivent pourtant, de plus en plus, accueillir les mêmes personnes au quotidien : l'hôpital et le CLSC, le centre jeunesse et le CLSC,

[2] Institut canadien d'information sur la santé. Les catégories « hôpitaux » et « autres établissements » de l'ICIS, ont été réunies pour annuler les différences de classement d'une province à l'autre.

l'hôpital et le centre d'hébergement et de soins de longue durée, etc. Et comme le mode d'allocation budgétaire adopté pour les établissements a été reproduit dans d'autres secteurs du système de services, on se retrouve aujourd'hui avec autant d'enveloppes différentes : une pour chaque établissement, une pour les médecins (assurance maladie), une autre pour les médicaments (assurance médicaments). Ce fait entraîne un nouveau cloisonnement, qui vient se superposer à celui que l'on constate déjà entre les établissements.

Dans ce contexte, il est possible pour un prestateur de refiler les coûts à un autre, ou encore de limiter sa collaboration, afin de réaliser des économies et de respecter ses objectifs budgétaires : par exemple, un CLSC ne retirera aucun avantage à aider l'hôpital à diminuer ses durées de séjour alors qu'il suffit à peine à répondre à la demande de services à domicile.

Deuxièmement, en maintenant une enveloppe pour chaque établissement, on se cantonne dans une culture d'entreprise selon laquelle toute organisation cherche naturellement à agrandir son territoire, à étendre sa gamme de services, ce qui constitue un réflexe tout à fait normal, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Ainsi, au fil des ans, certains hôpitaux ont mis en place leurs propres services à domicile, des hôpitaux psychiatriques ont créé leurs ressources dans le milieu, des centres jeunesse, également un établissement spécialisé, ont offert des services de base, etc.

On peut se demander si cette duplication des services n'est pas coûteuse pour la collectivité. À tout le moins, on sait qu'elle est confondante, pour le client, l'usagère ou l'usager de services, qui a parfois du mal à s'y retrouver.

Enfin, en finançant l'établissement à partir des bases historiques, on reproduit d'année en année les écarts traditionnels. De plus, il est très difficile, de cette façon, de tenir compte de la mobilité de la population.

Comment sortir du carcan actuel ? Deux options sont possibles, qui sont complémentaires.

- **Financer l'établissement sur la base de ses activités au lieu, comme c'est le cas maintenant, de financer une installation, du personnel, une organisation du travail, des équipements, une administration**

En allouant les ressources en fonction des activités réalisées au cours d'une année, on finance la demande de services – et la façon d'y répondre – plutôt que l'offre. Cette approche exige que l'on mesure précisément le coût de chaque service offert, de chaque intervention. Ce faisant, on dispose d'indicateurs de performance qui permettent de comparer les établissements entre eux, de mettre en place des mesures favorisant la performance, d'instaurer une concurrence productive.

- **Fonder l'allocation budgétaire sur le principe selon lequel « l'argent suit le client »**

Si l'on se base sur le principe voulant que « l'argent suive le client », on regarde le problème par l'autre bout de la lorgnette : ce n'est plus l'offre de services qui est financée, mais bien la consommation réelle. En termes clairs, le budget est alloué soit pour une clientèle donnée sur un territoire, soit pour la population de ce territoire. Une instance désignée est responsable de répondre aux besoins globaux de la clientèle ou de la population du territoire, dans les limites du budget qui lui est alloué. Elle dispose ainsi de toute la marge de manœuvre nécessaire pour offrir à chaque personne le bon service, au bon moment, au meilleur coût, au meilleur endroit. Dans ce modèle, les prestateurs de services sont financés sur la base des services qu'ils ont réellement offerts.

Ces options ont été expérimentées dans plusieurs sociétés. Quelle adaptation convient pour le Québec ? Comment faire la transition avec le mode actuel d'allocation des ressources ? Ces questions sont ouvertes. Modifier la façon d'allouer les budgets, de répartir les ressources au sein d'une organisation de la taille du système de santé et des services sociaux, est une opération complexe, qui remet en cause des manières de faire, des acquis, une tradition, une culture d'organisation. C'est donc une décision très importante, à la mesure du potentiel de changement qu'elle présente.

S'ouvrir à de nouveaux modèles de collaboration

Le système de santé et de services sociaux est une organisation qui doit être ouverte par rapport à son milieu, qui doit entretenir des liens multiples avec des partenaires de l'extérieur, en particulier les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les entreprises privées. Ces relations permettent aux organisations du réseau public de mieux répondre aux besoins de la population et d'innover.

Le partenariat avec les organismes communautaires a beaucoup évolué ces dernières années. L'augmentation des services dans le milieu de vie exigeait une nouvelle souplesse, de nouveaux modes de collaboration. De nouveaux organismes ont également vu le jour, soit les entreprises d'économie sociale. Elles sont maintenant plus d'une centaine, réparties sur tout le territoire, à épauler les CLSC dans les services d'aide à domicile. Il s'agit là d'une réussite exceptionnelle.

Le besoin de flexibilité s'est traduit par de nouvelles formes de partenariat entre le secteur public et le secteur privé, dans divers domaines : gestion, services à domicile, services administratifs, développement technologique. Ce partenariat doit être accentué lorsqu'il permet d'améliorer les services offerts à la population et de réaliser des gains de performance. Or, les gains ne peuvent provenir que de l'innovation, avec des partenaires de l'intérieur comme de l'extérieur du système. **Comment donc donner aux administrateurs et aux professionnels des services de base, tout**

particulièrement, la marge de manœuvre et l'oxygène nécessaires pour choisir les solutions qu'ils jugent les plus efficaces ?

Le secteur public occupe un vaste champ où une multitude d'expertises peuvent être mises à profit. Il doit s'ouvrir toujours davantage et faire preuve d'une grande souplesse dans un monde où les frontières traditionnelles n'existent plus. Il doit enfin profiter de toutes les occasions pour améliorer l'efficacité de ses services et sa performance d'ensemble.

MIEUX SERVIR LA PERSONNE, MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Le Québec a innové il y a trente ans, en se donnant un système de santé et de services sociaux qui intégrait les deux grands domaines de services. Ce choix reste très pertinent aujourd'hui, encore davantage qu'hier, compte tenu de l'évolution des problèmes et des besoins. Il a fondé ce système sur des principes généreux qui ont marqué son évolution : l'équité, l'accès aux services pour tous, sans discrimination, l'universalité. Ces choix ne sauraient être remis en cause.

Le Québec a également édifié et organisé son système public de services sur deux assises principales : l'établissement et la pratique professionnelle. Ces assises restent fondamentales dans l'organisation actuelle des services, mais les règles qui président à leur fonctionnement doivent être réinterprétées, redéfinies en fonction du nouvel équilibre qu'il faut établir entre les services de base et les services spécialisés, et des nouvelles exigences, devenues impératives, de coordination.

Pour bien effectuer ce réaménagement, un nouveau point de vue s'impose. Ce point de vue ne peut être que le service offert à la personne et la réponse donnée aux besoins de la population. En d'autres mots, le système public doit maintenant se donner les moyens pour mieux regrouper ses activités, moduler son fonctionnement, adapter ses façons de faire autour de cette idée maîtresse.

Le Québec, encore une fois, est convié à innover.

Autres documents déjà publiés et disponibles à la section **documentation** sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est: **www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

www.msss.gouv.qc.ca

00-106-6F

Funding and organization of health services and social services

ORGANIZATON OF SERVICES:

current situation

and outlook

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

ORGANIZATION OF SERVICES:
current situation
and outlook

june 2000

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

Produced by:
The Direction des communications of the ministère de la Santé et des Services sociaux

Send your order by fax to: **(418) 644-4574**

Or by e-mail to: **communications@msss.gouv.qc.ca**

Or by mail to: **Ministère de la Santé et des Services sociaux**
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

This document may be consulted in the **documentation section of** the ministère de la Santé et des Services sociaux Web site at www.msss.gouv.qc.ca

Legal deposit
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36254-3

© Gouvernement du Québec

Reproduction of this document in whole or in part is authorized, as long as the source is mentioned.

Our vision of health services and social services is often anecdotal or partial. It must not be forgotten that these services comprise a vast and diversified range of activities.

Each day the public system offers services to thousands of people and provides assistance and professional care to people suffering from a wide variety of problems. These persons receive services in establishments, in doctors' offices, in their home, in an adapted apartment or in their living environment, that is through ambulatory services. They benefit from health services, rehabilitation services, social services, and social integration, home care and home help services.

By way of example, here are some recent statistics on the services provided by professionals and the personnel of the health and social services, as well as their partners, during a given year.[1]

- *Nearly six million people received medical services; the average number of medical procedures per person was 9.8.*
- *More than 675,000 short-term hospital stays and 280,000 day surgery operations were carried out in general and specialized hospitals.*
- *Mental health problems accounted for 12% of hospital stays (one in eight).*
- *25,000 reports were made under the Youth Protection Act; prevention programs reached thousands of young people of all ages.*
- *Around 25,000 people suffering from alcoholism or drug addiction received rehabilitation services.*
- *Nearly 12,000 families with a disabled child received respite, child care and emergency relief services.*
- *Around 23,000 people with an impairment received care in rehabilitation centres. More than 90% of these persons live in the community.*
- *More than 170,000 elderly persons received home care from CLSCs; around 36,000 elderly persons with moderate or serious disabilities were accommodated in CHSLDs (residential and long-term care centres).*

The delivery of such a wide variety of services requires a complex organization. This organization has undergone a major transformation during the last ten years. Nevertheless, despite the changes that have been made, the health and social services system is still experiencing difficulties: sporadic crises in emergency rooms, waiting lists for certain kinds of surgery, budget deficits in certain establishments. On a day-to-day basis, care in many areas still seems to be characterized by discontinuities and a compartmentalization of services. This insistent problem, which has been discussed for at least twenty years in the public system in Quebec, seems to continue to worsen because care is still delivered by a panoply of different professionals who are usually responsible to different organizations. In short, the Quebec system often seems exhausted, even though the government has injected more than $4 billion extra over the last two years.

[1] These figures are for 1998 or 1999, or for the financial years 1997-1998 or 1998-1999, depending on the available statistical compilations.

1. PROVIDING OURSELVES WITH A VISION

What changes therefore need to be made to improve the organization of services? What kind of system do we want? There is no such thing as the ideal system, or at least no society has yet to devise one. But the experience of public systems in the Western nations over thirty or forty years provides some clear reference points. An efficient health and social services system possesses the following characteristics:

- ***a complete range of basic services, organized by natural geographic areas (districts or regional county municipality areas) and easily accessible. By basic services, we mean principally: general medical services, nursing care, psychosocial services, rehabilitation services, home care and home help services, residential and long-term care services, Info-Santé, and promotion and prevention programs;***
- ***specialized services that support the basic services and that are at the cutting edge of development;***
- ***services and professionals organized into a network within which the patient is assured of receiving the right service, at the right time, from the right person;***
- ***an efficient organization that makes it possible to offer the public a maximum of services, of the highest possible quality, on the basis of the money invested by the public;***

This is the type of system of services—one that is as close as possible to the needs of the public—that Quebec needs to build to meet the challenges of the 21st century. To accomplish this, the barriers that stand in the way of adaptation and change have to be removed. We then need to provide ourselves with the levers necessary to go forward.

2. IDENTIFYING THE OBSTACLES TO CHANGE

To pinpoint the current blockages, we have to return to the basic structural characteristics of the health and social services system. At the beginning of the 1970s, the public system was constituted on the basis of two key pieces of legislation, ***the Health Insurance Act and the Act respecting health services and social services***. These acts structured the organization of the two main pillars of our system of services: the individual professional practice on the one hand, and the establishment on the other hand. **Ever since, the way we allocate budgets, the way we organize work, our administration**—in short, all of the elements that shape the organizational framework of the services—**have been structured around these two elements**.

These two pillars actually corresponded to the way in which services were provided at the time. Indeed, when someone needed treatment, they went to an institution where they were generally taken care of throughout the period of their care, to the point of sometimes becoming a permanent resident of the facility. When seeking consultation, they went either to an establishment or to a doctor's office. Most of the time, care was provided by a single professional.

But times have changed. To be sure, the access points to services have changed little: we still go to a professional or to an establishment. However, changes in values, knowledge and practices have gradually broken down the boundaries of the establishment. **Today, most of the care that is given after the first consultation takes place either in the person's own milieu or in more than one establishment and with the involvement of other partners.**

This is the case for mental health, for services offered to youth in difficulty, for services provided to disabled and elderly persons, and even, for several years now, for short-term health services, where the hospital and the CLSC are now frequently called upon to co-ordinate their efforts.

Similarly, the current problems experienced by people who make use of a range of services are frequently handled by several professionals, each of whom often belongs to a different organization.

During this same period, the elements underlying the organizational framework of the services—budgetary allocation, the organization of work, methods of compensation, etc.—that were originally established on the basis of the establishment and the individual professional practice, **have changed little**. The reform programs, the strategic directions, indeed all of the decisions taken over the years, have not fundamentally changed this basic fact. The problems that result are of two kinds: the great difficulty that the system faces in providing complete and efficient basic services; and the difficulty of ensuring that services are co-ordinated and integrated.

The Underdevelopment of the Basic Services

It is generally recognized that 80% of health problems and social problems can be remedied by efficient basic services, what are called front-line services. The division of resources between the basic services and the specialized establishments is therefore an important factor affecting the efficiency of the system of services as a whole.

Nevertheless, in Quebec, the basic services are still experiencing developmental and organizational problems. The range of services varies from one geographical area to another; the access points to services and the hours of operation of a number of establishments and services are not always well known by the public. **Why, then, have we not succeeded in providing ourselves with a more efficient network of basic services?** There are three reasons.

First, although planners in the 1960s generally recognized that basic services were a priority, the **introduction of the CLSC**, which were created in the early 1970s in an effort to provide a point of entry to other services, **lagged to a certain extent**, for a number of reasons: under-financing, the resistance of the new establishments themselves to developing a common framework for organizing services, the resistance of the other establishments, and the resistance of doctors.

Second, the adoption of hospitalization insurance in 1961—nearly ten years before the creation of a full public system of health and social services—**served to reinforce the role of the hospital as the "point of entry" to services.** Thus, for a decade, Quebeckers turned directly to hospitals for medical assistance because the health services offered by the hospital (and only by the hospital) were free.

Third, the combination of these two factors established the trend that was to characterize the evolution of the public system for years to come, that is, the emphasis that was put on specialized services.

Nevertheless, the need to create an efficient network of basic services has never been questioned. However, when the CLSCs were created, doctors sought to create their own "front-line" network by quickly establishing several hundred medical clinics throughout Quebec.

Thirty years later, it is clear that neither the CLSCs nor the doctors are able, on their own, to provide access to a full range of efficient basic services. The two "networks" have developed very much in parallel, each having its own strengths and weaknesses.

This parallel development of doctors' offices and CLSCs has brought us to a point where we now have a range of different services, the access to which varies from one geographical area to another. The underdevelopment of basic services affects not only medical care, but also mental health services and social services. In fact, the institutional development model, which has guided *de facto* the evolution of the system since the beginning, has left a heavy mark.

Today, the effect of the underdevelopment of basic services is to put increased pressure on the specialized services, which then requires even more resources to respond to the demand. **The government therefore finds itself in a dilemma that has never been resolved: it must allocate more resources to specialized establishments, which in turn must respond to a constantly growing demand, thereby leaving a much reduced margin of manoeuvre to develop the basic services.**

The resulting mode of organization costs dearly.

The Fragmentation of Care

In general, in order to advance understanding and knowledge, fields of professional expertise have developed through a process of increasing segmentation of reality. This fragmentation has often been carried over into the practice and into the organization of work. It has sometimes even been used as the basis for compensating professionals, fee-for-service remuneration being the best example.

During this same time, problematics and interventions were moving in the exact opposite direction. Today, many different professionals are often called upon to provide care to the same person, in different settings, and without any adequate co-ordination of these

different services. Measures that might encourage interprofessional work are, to all intents and purposes, utterly lacking. The framework of practice, fixed from the start, continues to shape the evolution of the professions and the relationships between professions.

Thus, the practice of general practitioners has not always adapted easily to change. It is sometimes difficult, in certain geographic areas, to mobilize doctors to respond to elderly persons who are experiencing a loss of autonomy. In the field of mental health, problems of access to service persist. The principal method of compensation that is still in effect—fee for service—does not lend itself to the continuity of services, to a global approach to the patient or to teamwork. A number of adjustments have been made over the years, but the basic problem remains.

As regards the social services, care is increasingly provided in people's home environment, which requires the professional workers involved to co-ordinate their efforts. Membership in different (and sometimes competing) organizations does not encourage such collaboration, leaving the co-ordination of activities difficult.

Attempts have been made over the years to better integrate the various professional services. Such efforts have been of three types. At first, emphasis was placed on **mechanisms of co-operation and partnership**, such as multi-sector committees, multidisciplinary teams, co-ordination groups, etc. Next, there was an attempt to provide a better structure of co-operation through the use of a range of **plans**—regional service organization plans, intervention plans, individualized care plans, etc. The third and most recent wave has focused on **establishment mergers**: CLSC-CHSLD, CH-CLSC, etc.

In fact, all of these past efforts have run aground on the same shoals: the lack of responsibility for the patient throughout the period of care. Thus, each professional and each establishment is responsible for one segment, one episode, or one part of the case. Often, it is the person himself or herself who must navigate through the system and establish the necessary connections. The problem is ten times worse for the most vulnerable individuals.

3. CORRECTING THE BASIC TRAJECTORY

Towards a Genuine Network of Basic Services: Reunifying Our Forces

Currently in Quebec we have two "networks" of basic services—the CLSCs and the medical clinics—neither of which can alone offer an optimal response to the needs of the public. **Does the solution lie in close co-operation between the actors concerned, a pooling of forces? Should this pooling be along professional lines, the organization of services to the public, rather than by means of structures?** All avenues merit exploration.

For the time being, the objectives of this collaboration are relatively clear. In a unified organization of basic services, the personnel would be organized in a genuine network;

there would be a fluid exchange of information between professionals, with the linkages being established naturally; a multidisciplinary team would be available when the case so required; professionals working in the basic services would have direct access to specialized services when the situation required it. Most especially, they would take joint responsibility for the population in their area, a responsibility that would also make it possible to develop more sustained prevention activities.

Towards Better Co-ordination of the Services Provided to Individuals: Clear Responsibility and the Means to Exercise It

Although the need for co-ordination in the area of short-term care and services is important, it is crucial in long-term care, where interventions are numerous. To ensure this co-ordination, **do we need to provide genuine "service networks,"** established on the basis of particular groups (elderly persons experiencing a loss of autonomy, young people in difficulty, persons with disabilities, etc.) or on the basis of particular problems (cancer, cardiovascular disease, etc.) within which the user can move more easily? **What mechanisms need to be developed to organize relations among professions and establishments within these networks?**

Whatever the eventual response to this question, experience teaches us that two basic conditions have to be met. First, the responsibility to co-ordinate care, i.e., all of the episodes of care pertaining to one person, must be given to one professional (a doctor, a nurse or a social worker, depending on the circumstances). This clinical responsibility should be accompanied by the means necessary to act: a degree of discretion as regards the choice of treatments and membership in an organization that is responsible, administratively and financially, for the complete range of services for a particular population. Second, this responsibility must be assumed by a professional working in basic services and whose mandate is to respond to the needs of the individual.

Towards Improved Performance of the Organization of Services: Refocusing Specialized Establishments on their Primary Function—Treatment, Specialized Care

Does Quebec need to undertake to gradually rebalance the proportion of spending in the health and social services sector that it devotes to basic services and specialized services? Currently, the Quebec government still channels more money into services delivered by establishments than do its neighbours.

- In 1999, Quebec's spending on the category "hospitals and other establishments" accounted for 42.6% of total health care spending, compared to 39.2% in Ontario. This gap represents, in relative terms, an investment of $614 million more by Quebec.[2]

[2] Canadian Institute for Health Information. The CIHI's categories of "hospitals" and "other establishments" were combined in order to cancel out classification differences from one province to another.

To achieve this goal, the specialized establishments would have to gradually refocus on their primary function: specialized treatment and specialized intervention. Indeed, **can we still ask hospitals to provide basic services, consultation, home care services, or any other service that the other components of the public network have not developed, at the same time that they are being called upon to further develop their technical support?**

Comparisons indicate that improvements can still be made in hospitals with a better organization of services. Thus, from 1994 to 1998, the reduction in the length of hospital stays was essentially achieved by compressing the pre-operating phase. Almost no gain (less than 1%) was registered after operations. In general, length of stay is still longer in Quebec than in Ontario and the other provinces. Thus, the average length of hospital stay (standardized) in 1997 (the latest year for which statistics are available) was 5.73 days in Quebec, compared to 4.54 days in Ontario.

This fact indicates that hospital performance does not only depend on the hospital itself. It rests more and more on the existence of services on the perimeter of the establishment and having a direct relationship to the establishment, thanks to efficient co-ordination mechanisms: complete and efficient basic services upstream; and well organized home care and home help services downstream. The same can be said for the other specialized establishments, which are being called upon to support the professionals working in the basic services.

4. ADAPTING OUR LEVERS OF ACTION

Allocate Budgets According to New Criteria: the Person, the Clientele and the Population

The way of allotting budgets—the budget allocation framework—is probably the element that matters most, the cornerstone of the organisation of services. It is for this reason, no doubt, that it is the most difficult to modify. But we have to face facts: **our method of allocating budgets is becoming more and more inappropriate**.

First, it preserves countless divisions, which are as much "corridors" as "silos" between the establishments. In fact, these establishments increasingly have to serve the same individuals day to day: the hospital and the CLSC, the youth centre and the CLSC, the hospital and the residential and long-term care centre, etc. And because the method of budget allocation adopted for the establishments has been reproduced in other sectors of the systems of services, we find ourselves with as many different envelopes: one for each establishment, one for the doctors (health insurance), and another for drugs (pharmacare plan). This fact creates a new set of divisions, one that is superimposed on the divisions between establishments noted above.

In this context, it is possible for a service provider to pass costs on to another provider, or to limit its co-operation, so as to reduce spending and stay within its budget. For

example, a CLSC that is only just able to respond to the demand for home services will not benefit by helping a hospital to reduce the length of stays.

Second, by maintaining a budget envelope for each establishment, we remain locked into an enterprise culture in which each organization naturally seeks to expand its territory, to extend its range of services, a reflex that is just as normal both in the public and private sectors. Thus, over the years, some hospitals have put in place their own home services, some psychiatric hospitals have established resources in the community, some youth centres, which are also specialized establishments, have offered basic services, and so on.

We can well ask ourselves whether this duplication of services is too costly for society. At the very least, we know that it is confusing for the client, the user of the services, who sometimes has a hard time finding his or her way around the system.

Lastly, by financing establishments on the basis of past financing, historical disparities are reproduced year after year. Moreover, this method makes it very difficult to take account of population movements.

How can we escape from these shackles? Two complementary options are possible.

- **Finance the establishment on the basis of its activities instead of, as is presently the case, financing an installation, the personnel, an organization of work, equipment, and an administration.**

Allocating resources on the basis of the activities undertaken during a year means financing the demand for services—and the way of meeting that demand—rather than the supply of services. This approach requires that the cost of each service offered and of each treatment be precisely measured. This would provide performance indicators that would make it possible to compare establishments to each other, to implement measures to increase performance, and to stimulate healthy competition.

- **Base the allocation of budgets on the principle that "the money follows the client"**

Using the principle that "the money follows the client" allows the problem to be turned around: instead of financing the supply of services, it is real consumption that is financed. In clear terms, the budget is allocated for either a particular clientele or the population of the area. An agency is designated to be responsible for responding to the overall needs of the clientele or the area's population, within the budget allocated to it. It therefore has the flexibility it needs to offer each person the right service, at the right time, at the best cost, and in the best place. In this model, service providers are financed on the basis of the services that they have actually offered.

These options have been experimented within a number of societies. What kind of adaptation is right for Quebec? How can a transition be made from the current

mode of allocating resources? These questions remain open. Modifying the way of allocating budgets, of distributing resources within an organization as large as the health and social services system, is a complex undertaking that challenges existing ways of doing things, established rights, a tradition and an organizational culture. This is a very important decision, on the same scale as the potential for change that it offers.

Being Open to New Models of Collaboration

The health and social services system is an organization that must be open to its environment; it must maintain multiple links with partners from outside the system, particularly community organizations and enterprises in the social economy and the private sector. These relationships make it possible for organizations in the public network to better respond to the needs of the public and to innovate.

Partnerships with community organizations have evolved considerably in recent years. The increase in services delivered in the community setting requires a more flexible approach and new ways of collaborating. New organizations have also emerged--the enterprises of the social economy. There are now more than one hundred of these, spread throughout Quebec, supporting the CLSCs in home help services. This is an exceptional success.

The need for flexibility has led to new forms of partnership between the public and private sectors in a number of fields: management, home services, administrative services, and technological development. These partnerships should be developed further when they make it possible to improve the services provided to the public and to achieve gains in performance. However, such gains can only come through innovation, with partners from both inside and outside the system. **How, then, can administrators and professionals, particularly in the basic services, be given the manoeuvring room and the stimulus that they need in order to choose the solutions that they judge to be the most efficient?**

The public sector covers a huge field in which there are a multitude of skills that can be drawn upon. It must open up even more and demonstrate great flexibility in a world in which traditional borders have disappeared. Finally, it must take advantage of any opportunity to improve the efficiency of its services and its overall performance.

BETTER SERVICE TO THE INDIVIDUAL AND A BETTER RESPONSE TO THE NEEDS OF THE PUBLIC

Quebec innovated thirty years ago when it established a system of health and social services that integrated the two major types of services. This choice remains even more appropriate today than in the past because of the way in which problems and needs have evolved. The system was based on a number of generous principles that shaped its evolution: equity, access to services by everyone, without discrimination, and universality. These choices are not open to question.

Quebec also built and organized its public system of services on two principal foundations: the establishment and the professional practice. These foundations continue to underpin the current organization of services, but the rules that govern their operation need to be reinterpreted, to be redefined in relation to the new equilibrium that has to be established between the basic and specialized services, and the new--and imperative--requirements for co-ordination.

In order to properly carry out this restructuring, a new point of view has to be adopted. This point of view can only be that of services offered to the individual and the response to the needs of the public. In other words, the public system now has to give itself the means to better organize its activities, to adjust its mode of operation, and to adapt its methods to this central idea.

Once again, Quebec is urged to innovate.

Other publications are available in the **documentation** section of the ministère de la Santé et des Services sociaux Web site at **www.msss.gouv.qc.ca**

- **La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail (rapport Arpin);**
- **La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation (rapport Arpin);**
- **Constats et recommandations sur les pistes à explorer: synthèse (rapport Arpin);**
- **Le financement des soins sociosanitaires (rapport Bédard);**
- **Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec (document d'information);**
- **Le système québécois de santé et de services sociaux (points de repères).**

Québec
Ministère de
la Santé et des
Services sociaux

www.msss.gouv.qc.ca

00-106-6A